



# EL PARTO: LA MEDICALIZACIÓN DE UN PROCESO NATURAL

---

CHILDBIRTH: THE MEDICALIZATION OF A NATURAL PROCESS

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**UNIVERSIDAD DE CANTABRIA**

Autora: Laura Fernández Herrero

Directora: Yolanda Martín Seco

Grado en Enfermería

Curso académico 2020-2021

**AVISO RESPONSABILIDAD UC**

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## ÍNDICE

RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	3
INTRODUCCION .....	4
1.1 Objetivos generales y específicos .....	7
1.2 Metodología .....	7
1.3 Descripción breve de cada capítulo .....	7
CAPITULO 1: Evolución histórica de la Obstetricia .....	8
CAPÍTULO 2: La Violencia Obstétrica .....	10
Países pioneros.....	10
Hechos constitutivos de Violencia Obstétrica.....	11
Perspectiva de la Organización Mundial de la Salud.....	12
Revisión bibliográfica de la satisfacción en el parto .....	12
A propósito de un estudio elaborado en España .....	13
CAPÍTULO 3: La humanización del parto .....	13
Inicio de los cambios en la atención al parto .....	15
El parto respetado.....	16
CAPÍTULO 4: Alternativas al parto tradicional .....	18
Las casas de partos.....	19
Parto en casa .....	20
Parto en el agua .....	22
CAPÍTULO 5: La experiencia de parto.....	24
Las expectativas personales .....	25
Acompañamiento y participación de la pareja .....	25
Atención centrada en la mujer.....	26
La información y la toma de decisiones .....	27
El control del parto.....	27
Sentimientos y emociones .....	27
CONCLUSIONES .....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	30

## RESUMEN

Desde los orígenes de la Humanidad, el parto se emplazaba en el ámbito doméstico y trascendía normalmente apartado de la sociedad. Sin embargo, los avances científicos acontecidos desde principios del siglo XX y el desarrollo de la Obstetricia como ciencia transformó el contexto en el que se producían los nacimientos. Fue entonces cuando el parto se emplazó a los hospitales, suponiendo este hecho mejoras innegables evidenciadas a través del descenso de las tasas de mortalidad materna y fetal.

Sin embargo, estos cambios produjeron en ocasiones la deshumanización de este proceso, violando los derechos fundamentales de las gestantes, privándolas de protagonizar el nacimiento de su bebé e impidiendo la participación activa y la toma de decisiones libres e informadas. Como consecuencia, nacen corrientes reivindicadoras de los derechos en el parto que abogan por una experiencia de parto natural libre de intervenciones médicas innecesarias. Así surgen alternativas de parto que buscan dar respuesta a las demandas de las mujeres, propiciando una experiencia positiva de parto.

**Palabras clave:** “violencia”, “obstetricia”, “parto normal”, “parto humanizado”, “parto domiciliario”.

## ABSTRACT

Since the origins of humanity, childbirth took place in the home and normally transcended away from society. However, the scientific advancements that took place since the beginning of the 20th century and the development of obstetrics as a science transformed the context in which births occurred. It was then when labor was placed in hospitals. This change assumed the undeniable improvement evidenced through the decrease in maternal and fetal mortality rates.

However, these changes occasionally led to the dehumanization of this process, violating the fundamental rights of pregnant women, depriving them of being the main advocate for their baby, and preventing their active participation and free, informed decision-making. As a consequence, movements advocating parturition rights to have a natural birth experience free from unnecessary medical interventions emerge. Thus, birth alternatives that seek to respond to the demands of women arise, promoting a positive childbearing experience.

**Key words:** “violence”, “obstetrics”, “natural childbirth”, “humanizing delivery”, “home childbirth”.

## INTRODUCCION

### Contextualización del tema de estudio

La Obstetricia, también conocida como el “arte de partear” consiste en el acompañamiento, la protección y el cuidado de la gestante y su hijo en el proceso del embarazo, parto y puerperio (1).

El parto en la remota época pre obstétrica ocurría en forma solitaria y sin ayuda. Esta ciencia inició su andadura de la mano de quienes acompañaban a las mujeres en el parto, probablemente aquellas que habían tenido la experiencia de parir, y que adquirirían los conocimientos de boca a oreja, siendo transmitidos de generación en generación.

La implantación en 1942 del Seguro Médico Obligatorio, financiado por el Instituto Nacional de Salud, supuso un avance trascendental en el sistema de salud pública de nuestro país. La salud de la población, que hasta entonces se había confiado a instituciones privadas o a la beneficencia en el caso de las personas sin recursos, pasó de ser un privilegio de unos pocos a un derecho colectivo, consolidándose en los años setenta el Sistema de Seguridad Social. A pesar de ello, la mayor parte de los partos continuaron desarrollándose en el contexto doméstico (parteras y amigos cercanos) hasta principios de los años 70, cuando los partos se transfirieron a los hospitales (2).

Anteriormente, el embarazo, parto y puerperio implicaba un alto riesgo para la gestante y el bebé. Sin embargo, son incontables los avances en el campo de la obstetricia desarrollados desde el inicio de los tiempos que han permitido revertir esta situación (3).

Especialmente relevante fue la revolución biomédica acontecida en occidente a lo largo del siglo XX como consecuencia de las mejoras socioeconómicas, el impulso del conocimiento científico y las tecnologías sanitarias. El descubrimiento de la ecografía, la laparoscopia, la histeroscopia, la monitorización fetal intraparto, la prevención de la inmunización fetomaterna y la gammaglobulina Anti-D, la anestesiología, los controles del embarazo, la oxitocina sintética, la asepsia y otros grandes hitos alcanzados supusieron un cambio radical en la atención a la gestante (4).

Como consecuencia de la aplicación de técnicas médicas de forma rutinaria en el ámbito hospitalario, se ha favorecido la medicalización de un proceso natural, como es la maternidad. Esto se traduce en nuestros días en un aumento del número de inducciones, partos instrumentales, cesáreas o episiotomías. La utilización sistemática de estos recursos, además de suponer un gasto económico innecesario, repercute en la salud física y psicológica de las mujeres, especialmente cuando se vulnera de forma arbitraria la Ley de Autonomía del Paciente.

Mediante los datos analizados por el Instituto Nacional de Estadística sobre los partos normales acaecidos en el territorio español en el año 2018, podemos observar que Cataluña es la Comunidad Autónoma que donde está más extendido el desarrollo de alternativas de parto, acumulando el 36% de los partos en el domicilio, mientras que, en la Rioja, este tipo de prácticas es anecdótica, registrándose únicamente un parto en casa en dicho año. Del mismo modo, lidera los partos no atendidos por personal en el domicilio, lo que supone el 22% del total. Sin embargo, Andalucía alberga el 34% de los partos atendidos por personal sanitario en otros lugares y

Madrid y Cataluña se reparten a partes iguales el 45% de los partos no asistidos por personal sanitario en otros lugares (5).

	Asistido por personal sanitario en el domicilio	Asistido por personal sanitario en el centro sanitario	Asistido por personal sanitario en otro lugar	No asistido por personal sanitario en el domicilio	No asistido por personal sanitario en otro lugar
<b>ESPAÑA</b>	960	317.196	324	227	53
<b>CANTABRIA</b>	7	3.193	2	2	-
<b>CATALUÑA</b>	350	55.913	38	50	12

*Figura1: partos en España en el año 2018 (5).*

*Fuente: elaboración propia.*

### La matrona como profesional sanitario

La matrona es un profesional reconocido internacionalmente que acompaña a la mujer en las diferentes etapas del ciclo vital, incluyendo la maternidad, y que tiene capacidad y autonomía en la toma de decisiones como se recoge en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) (6).

Para el ejercicio de la profesión, se requiere una titulación universitaria en Enfermería, así como una especialización, siendo esta la única especialidad que dispone de normativa europea reguladora de la formación y las competencias profesionales. El programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) se publicó en el BOE del 28 de mayo de 2009 a través de la Orden SAS/1349/22009.

A través de estos textos legales, se define a la matrona como el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos disponibles, dispensa una atención sexual, reproductiva y maternal atendiendo a la mujer de forma integral, incluyendo la prevención y la promoción de la salud, así como atención y recuperación de la salud, incluyendo la atención a la madre, el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida.

A pesar de que la mayoría de países de nuestro entorno apuestan por ellas garantizando su inclusión dentro de la cartera de servicios. Sin embargo, según el último informe sobre profesionales de Enfermería elaborado por el Ministerio de Sanidad en 2012, España dispone de 22,9 matronas por cada 100.000 mujeres incluyendo Atención Primaria y Atención Especializada. Además, existe gran disparidad entre Comunidades Autónomas, siendo Cantabria la que ostenta el ratio más alto, alcanzando en esa fecha 79,72 matronas por cada 100.000 mujeres, lo que supone que las matronas representen el 9,78% de los profesionales de Enfermería del Servicio Cántabro de Salud (7).

Por su parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico señala que la media de matronas por cada 1.000 habitantes (población total) es de 0,34, indicador ampliamente superado por países como Islandia, Nueva Zelanda, Polonia, Noruega, Reino Unido, República Checa o Luxemburgo. No obstante, otros como Estonia, Alemania, Hungría, Holanda, Austria y España, se encuentran por debajo de esta media, siendo este último con un ratio de 0,13, el que se encuentra más lejos. En cuanto al número de matronas por cada 1.000 nacimientos, los datos son equiparables a la anterior, situándose España en 12,4, muy por debajo de la media que la OCDE que alcanza las 25,9.

### **Situación demográfica en España**

Al igual que otros países del mundo, España ha visto como se reducía la fecundidad y aumentaba la esperanza de vida de su población, hecho que resultará trascendental para el bienestar social, la economía, la política interna y la geopolítica de nuestro país. A pesar del baby boom que disparó la tasa de nacimientos del país durante la primera década del presente siglo, existe una clara tendencia a la baja (8).

En los últimos, el Indicador Coyuntural de Fecundidad de Cantabria, ha descendido hasta alcanzar la cifra de 1,07 hijos por mujer en el año 2019, ligeramente por debajo de la media nacional que se sitúa en 1,24, tasa insuficiente para asegurar el recambio generacional que solo se alcanzaría en Melilla, con un 2,17. Provincias como Asturias, Orense, Lugo, León Santa Cruz de Tenerife o Las Palmas ni siquiera alcanzan 1 hijo por mujer. De igual manera, la Tasa Global de Fecundidad en nuestro país se situó en 34,20 nacimientos por cada 1000 mujeres en el mismo año, mientras que en nuestra comunidad esa cifra se redujo a 29,24. Por otro lado, Santa Cruz de Tenerife y Melilla obtuvieron las cifras más extremas; 25,51 y 62,08 respectivamente (5) (9).

Asimismo, desde finales del siglo pasado, la edad media para la maternidad en España ha ido aumentando gradualmente, hasta situarse en 32,25 años en 2019, destacando las Ciudades Autónomas (Ceuta y Melilla) y la provincia de Almería por situarse un año por debajo de la media nacional y Bizkaia por superar en casi un año esta cifra. Cantabria, por su parte, se sitúa en 32,76. Por otro lado, también se ha reducido el número de familias con 4 o más hijos, que se sitúa en un 9,85% del total de nacidos a nivel nacional, porcentaje ampliamente superado por las Ciudades Autónomas que superan el 16%, mientras que provincias como Lugo apenas alcanzan el 5%. Cantabria se posiciona por debajo de la media nacional, ostentando el 7,47%.

El retraso de la emancipación residencial, la dependencia económica, la precariedad laboral, las desigualdades de género o la falta de apoyo para la crianza son factores que han potenciado que los españoles decidan iniciarse en la maternidad y la paternidad a edades más avanzadas.

Todo ello, junto con otros factores como un estilo de vida poco saludable o el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas tienen como resultado una pérdida de competencia reproductiva, que se traduce en que aproximadamente un 15% de las parejas españolas en edad fértil acuden a servicios médicos especializados por presentar dificultades para concebir (10).

Por otra parte, la elevada edad materna se traduce en un aumento de los riesgos asociados al embarazo, parto y puerperio. En primer lugar, aumenta la probabilidad de adquirir una ganancia excesiva de peso durante el embarazo, desarrollar obesidad y sufrir hipertensión y diabetes gestacional. Las madres mayores presentan también alto riesgo de desarrollar rotura prematura de membranas o parto prematuro, así como hemorragia postparto, lo que se relaciona con una mayor mortalidad materna. Estas gestantes requieren con mayor frecuencia una cesárea y sus hijos presentan mayor riesgo de sufrir bajo peso al nacer y obtener una menor puntuación en el test de APGAR, así como un riesgo más elevado de requerir ingreso en una UCI neonatal o padecer distrés, por lo que la mortalidad es superior frente a otros recién nacidos. Todo ello hace que se requieran servicios sanitarios especializados, así como técnicas y procedimientos más complejos e invasivos (11)

## 1.1 Objetivos generales y específicos

### Generales:

- Identificar los puntos débiles en la asistencia sanitaria a la mujer.

### Específicos:

- Definir y contextualizar la violencia obstétrica.
- Conocer las alternativas de parto.
- Promulgar el respeto hacia la mujer en el parto y la humanización del proceso.
- Establecer factores trascendentales para conseguir una experiencia de parto positiva.

## 1.2 Metodología

Para la presente revisión bibliográfica, he realizado una búsqueda en diferentes bases de datos como Google Académico, PubMed, Cochrane, Scielo, Cuiden plus o Dialnet, obteniendo libre acceso a través de la biblioteca virtual de la Universidad de Cantabria. Para la selección de la bibliografía, he incluido como criterio el año de publicación, excluyendo aquellos con una antigüedad superior a los cinco años, salvo en casos excepcionales en los que, por la relevancia del contenido o por la inexistencia de artículos más recientes, he tenido que utilizar publicaciones anteriores al año 2016. Por otro lado, también me he apoyado en otros sitios web como el Ministerio de Sanidad, la Organización Mundial de la Salud o el Instituto Nacional de Estadística. La mayor parte de los artículos seleccionados estaban escritos en inglés, aunque s incluyeron otros en inglés.

Para la búsqueda, he empleado los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): “violencia, obstetricia”, “parto normal”, “parto humanizado”, “parto domiciliario”, empleando los mismos MeSH traducidos al inglés para ampliar la información. Además, he utilizado principalmente los booleanos “AND”, “OR” y “NOT”.

Tras la realización de una lectura crítica de los artículos seleccionados, finalmente la selección se redujo a 75 documentos, siendo la mayor parte de ellos artículos de revista. No obstante, se incluyeron otros como libros, tesis doctorales, protocolos...

## 1.3 Descripción breve de cada capítulo

**Capítulo 1: Evolución histórica de la Obstetricia.** Breve relato de la visión del parto en las sociedades desde la Antigüedad y de los mayores hitos de la Obstetricia.

**Capítulo 2: La Violencia Obstétrica.** Definición y caracterización de las situaciones que vulneran los derechos de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, incluyendo los primeros textos legales desarrollados en Latinoamérica y la perspectiva de la OMS.

**Capítulo 3: La humanización del parto.** Descripción de la estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud y aspectos destacables para una atención respetuosa de parto, desarrollando como aspectos principales el control del dolor y la libertad postural.

**Capítulo 4: Alternativas de parto.** Desarrollo de las casas de parto, parto en casa y parto en el agua comparando los beneficios con los riesgos, tanto maternos como fetales.

**Capítulo 5: La experiencia de parto.** Exposición de la importancia de la satisfacción de la madre en el parto y explicación de los aspectos más relevantes en la experiencia de parto.



## CAPITULO 1: Evolución histórica de la Obstetricia

La Obstetricia es una ciencia tan antigua como la Humanidad por abordar un proceso natural y necesario para la supervivencia de nuestra especie. En sus orígenes, la atención al parto era realizada siempre por las féminas, encomendándose únicamente a las diosas la labor de velar por su salud. En la Prehistoria, las parturientas eran apartadas de la sociedad y sólo en algunas comunidades se permitía la intervención del hombre, limitándose a cortar el cordón umbilical (4) (12) (13).

En la Antigüedad, se escribieron los primeros tratados sobre esta ciencia, como el Papiro de Ebers, que data del 1550 a. C y describe los prolapsos y los pesarios. Además, incluye anotaciones sobre las irritaciones genitales y las duchas vaginales o los abortos. Por otro lado, se incluyeron orientaciones sobre la lactancia, así como productos naturales utilizados para la estimulación del parto como aceite, menta, sal, incienso cebolla o vino. Por entonces, el parto se desarrollaba en cuclillas, en el suelo o sobre ladrillos

Hacia 1500 a. C, los egipcios y judíos reivindicaron la importancia de la higiene en las exploraciones genitales e intervenciones obstétricas, y en otras culturas como la mesopotámica, comenzó a relacionarse la gestación con una condición de impureza y predisposición a la acción de fuerzas malignas, potenciándose por tal motivo el aislamiento de la parturienta. Por su parte, en la cultura india destacaron estudiosos como Sushruta, quien escribió sobre las cesáreas e instrumentos como los fórceps o espéculos. Posteriormente, la ciencia cayó en manos de la casta sacerdotal, prohibiéndose investigar e imponiéndose el secretismo.

En la antigua Grecia comenzaron a realizarse cesáreas post mortem, llegando a ser obligatorio extraer el feto antes de darle sepultura a toda mujer muerta durante la gestación o el parto. En Roma, los médicos iniciaron la mutilación de los fetos dentro del vientre materno, utilizando pinzas, ganchos y cuchillos para su extracción. Sorano de Éfeso, el primer obstetra reconocido de la historia escribió su obra maestra “Sobre las enfermedades de las mujeres”, donde se describían las maniobras para la atención del parto en podálica, las versiones externas para cambiar la posición del feto a cefálica, las distocias fetales, la protección del periné en el parto, así como instrumentos para extraer fetos vivos y muertos. Por otro lado, fundó las indicaciones de la interrupción del embarazo, pues en esa época era frecuente el aborto criminal.

La Edad Media fue una época de retroceso en el ámbito científico, pues la superstición y la superstición recobraron importancia en la sociedad. Los médicos no examinaban, observaban ni palpaban el cuerpo femenino, por ser esto considerado un hecho indecoroso. Comenzó a tomar relevancia la fecha del calendario y la posición de los astros en el proceso de parto.

Eucharius Röslin redactó el libro “El Jardín Rosa” que se convirtió en el texto más popular sobre el arte de partear hasta el Siglo XVI y que contenía indicaciones sobre la alimentación en el embarazo. En el siglo XVII, se inicia el estudio de la estrechez pelviana de la mano de Luisa de Bourgeois, la primera que aconsejó la inducción prematura del parto en estas circunstancias. En esta época, la familia Chamberlein inventó el fórceps obstétrico de dos hojas, aunque anteriormente se habían desarrollado instrumentos semejantes. Al mismo tiempo, Francois

Mauriceau diseñó un método de extracción de los fetos en podálica y atendió por vez primera el parto en cama. Además, describió la eclampsia y la infección puerperal. Young Simpson introdujo la anestesia, siendo pionero en la utilización del éter y el cloroformo y más tarde, Cathelin empleó la anestesia epidural en la cirugía obstétrica y Stokel la aplicó en el parto.

Durante la Ilustración, retornó una fuerte preocupación por lo científico, destacando los avances de Hendrik van Deventer, que aconsejaba la cesárea en los partos con desproporción cefalopélvica. André Levret realizó trabajos acerca de la estructura de la pelvis y Jean Boudelocque desarrolló técnicas de medición del diámetro de la pelvis. Fielding Ould, asistió el primer parto en posición de decúbito lateral izquierdo y realizó la episiotomía profiláctica.

Thomas Denman sugirió en el siglo XVIII que la fiebre puerperal era contagiosa y estaba relacionada con la asistencia sanitaria, aunque esta infección ya había sido descrita por Hipócrates muchos años antes. Ignaz Philipp Semmelweis observó una mayor tasa de infecciones en las pacientes atendidas por profesionales que habían participado en la disección de cadáveres, concluyendo que eran estos los transmisores de la enfermedad. En 1847 se introdujo el lavado de manos con líquido clorado, que se tradujo en una rápida disminución de la mortalidad. Al mismo tiempo, comenzó a utilizarse la mascarilla en el ámbito quirúrgico y, ya entrado el siglo XX, los guantes. Luis Pasteur descubrió el *Streptococcus* y lo calificó como agente etiológico de la infección puerperal.

En el siglo XIX Wenzel y Osiander realizaron el primer parto prematuro inducido y la primera cesárea baja cervical respectivamente. Por su parte, Naegle ideó un método para calcular las semanas de gestación, así como la fecha probable de parto. J. Alexandre Lejumeau introdujo la auscultación obstétrica para la determinación de la vitalidad intraútero del feto. John Braxton Hicks describió las contracciones uterinas propias del embarazo. Christian Leopold detalló las maniobras para definir la estática fetal. Adolfo Pinard relató la importancia de la exploración abdominal en las gestantes y diseñó estetoscopio.

A principios del siglo XX descubrió Enrique Dale la oxitocina y otros como Watson, introdujeron el aceite de ricino para inducir el parto. Por su parte, J. Kreis aconsejó la rotura de la bolsa amniótica en cualquier momento de la dilatación, siempre que no exista desproporción manifiesta. Más tarde, se descubrió el factor el Rh y se realizaron las primeras transfusiones sanguíneas de la historia. Asimismo, se desarrolló la profilaxis antiRh. Erich Saling diseñó el amnioscopio y años más tarde, se practicó la primera amniocentesis por exceso de líquido amniótico. Además, se desarrollaron técnicas de análisis clínicos y biología molecular. En los años sesenta, se ideó la monitorización fetal electrónica y en la década posterior se desarrollaron los test de tolerancia fetal a las contracciones uterinas y se introdujo la ecografía bidimensional. En el campo de la farmacología se han producido grandes destacando la insulina en el manejo de la diabetes gestacional, los corticoides en la maduración pulmonar fetal pretérmino o las prostaglandinas para madurar el cuello uterino.

## CAPÍTULO 2: La Violencia Obstétrica

En el mundo, algunas mujeres sufren un trato poco respetuoso durante la gestación o el parto, momento de especial vulnerabilidad. Estos actos, no solo suponen la violación del derecho de la mujer a recibir una atención respetuosa, sino que supone una amenaza para su salud e integridad física, además de contribuir a la discriminación por razón de género (14).

El desarrollo de la medicina trajo consigo importantes cambios en el campo de la maternidad. Las mujeres pasaron de parir en el ámbito privado a hacerlo en centros sanitarios asistidas por profesionales sanitarios. La medicalización del parto hace referencia a las intervenciones en ausencia de criterios médicos, imponiéndose el control de la mujer. Si bien es cierto que esto ha permitido reducir el índice de mortalidad materno-infantil, se ha conseguido a costa del control ejercido sobre la embarazada, vulnerando en ocasiones su derecho a la libertad, a la información y a la toma de decisiones libres e informadas (15).

Se puede definir la violencia obstétrica como la ejercida por un profesional de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer, expresándose mayoritariamente en el trato contrario a las normas éticas y legales que deben regir el cuidado de las gestantes, en la consideración de los procesos reproductivos naturales como patológicos e incluso en el intervencionismo médico en el duelo y las pérdidas fetales.

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género arraigada en las prácticas institucionales del sistema de salud que deriva de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud. Además, atenta contra los derechos sexuales y reproductivos hasta ahora muy poco problematizado e invisibilizado (16) .

### Países pioneros

En los años ochenta emergieron movimientos en defensa de la humanización del parto, los cuales cuestionaron el intervencionismo médico y sus efectos adversos sobre la mujer en el transcurso del parto (15).

Se produjo un cambio en la conceptualización de la atención de calidad y como consecuencia, diferentes Estados y organismos internacionales emprendieron las modificaciones legislativas oportunas (17).

En 1985, se realizó en Brasil una conferencia a la que asistieron matronas, pediatras, obstetras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, administradores sanitarios, economistas y madres, en la que se debatió sobre la tecnología aplicada en el parto. Como consecuencia, la OMS revisó el modelo biomédico y finalmente, promulgó recomendaciones con objetivo de evitar las actuaciones sistemáticas no justificadas y reconoció el derecho de la gestante a recibir una atención personalizada y basada en la participación activa, así como en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, desde una perspectiva de atención integral y holística (15).

En Argentina, se aprobó la Ley 25.929 del 25 de agosto de 2004 de Protección del Embarazo y del Recién Nacido, también conocida con el nombre de *“Ley de Parto Humanizado”*. Aunque se

trataba de una ley reguladora que otorgaba a la mujer el derecho a un parto respetuoso evitando abusos, prácticas invasivas o medicalización innecesaria, tanto para ella como para el bebé, no ofrecía una definición de la violencia obstétrica. Sin embargo, en 2009 se aprobó la Ley 26.485 o *“Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”*, reconociéndose la violencia obstétrica como un tipo de violencia física o psíquica ejercida por cualquier profesional de un servicio de atención al parto que tenga trato con la gestante.

Fue Venezuela el primer país en establecer una ley en referencia a la violencia obstétrica en el año 2007, dentro de *“la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”*. Definía este tipo de violencia contra la mujer como *“la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”* (18).

En 2014, México unifica criterios con Argentina y Venezuela aprobando la modificación la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia. La tipificación de la violencia obstétrica como delito permite entonces castigar cualquier acción u omisión que dañe, lastime, denigre o cause la muerte de una mujer en el embarazo, parto y puerperio (15).

Sin embargo, no existe en nuestro país una tipificación penal de la violencia obstétrica, si bien estas prácticas están prohibidas por suponer la vulneración de varios derechos fundamentales reconocidos en la Constitución española como la integridad física y moral (artículo 15), la libertad personal (artículo 17) y la intimidad (artículo 18).

### Hechos constitutivos de Violencia Obstétrica

Se consideran hechos constitutivos de Violencia Obstétrica (19) (20) (21):

- Negar o retrasar la atención sanitaria frente a una urgencia obstétrica a cualquier mujer.
- Proporcionar un trato deshumanizado, denigrante o discriminatorio a la mujer.
- Imponer coercitivamente métodos anticonceptivos temporales o permanentes.
- Coaccionar a la mujer e impedir la toma libre de decisiones.
- Negar a la mujer información sobre los procedimientos médicos a realizar.
- Utilizar el cuerpo femenino como recurso didáctico su consentimiento vulnerando el derecho a la privacidad y a la dignidad.
- Atentar contra la autonomía o los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- Ignorar los deseos de las gestantes.
- Realizar comentarios hirientes o inapropiados sobre la sexualidad de las mujeres.
- Inducir o acelerar el parto de bajo riesgo sin justificación médica.
- Uso irracional de procedimientos invasivos como la episiotomía.
- Practicar cesáreas sin consentimiento informado expreso.
- Negar analgesia en ausencia de contraindicaciones médicas.
- No permitir la elección de la postura más cómoda para la parturienta.

- Obstaculizar sin razones médicas el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia en el postparto inmediato.
- Retener al recién nacido o a la madre en los centros sanitarios.
- Privar del acompañamiento en el parto de la persona elegida por la mujer.
- Arrebatar intimidad en el momento del parto.
- Impedir que la gestante se exprese durante el parto.
- Realizar procedimientos médicos (como el uso de oxitocina para apresurar el parto) de forma rutinaria sin consentimiento o sin explicar la indicación.

### Perspectiva de la Organización Mundial de la Salud

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud a través de la declaración para la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, lo reconoce como un problema de salud pública y una vulneración de los derechos humanos y dispone (14):

“Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”

Para prevenir y erradicar este problema, la OMS prioriza las siguientes necesidades:

1. Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.
4. Generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.
5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

### Revisión bibliográfica de la satisfacción en el parto

La satisfacción en el parto, entendida como la adecuación de la percepción final a las expectativas previas de la gestante, es indicador de calidad en los servicios sanitarios, aunque su medición resulta dificultosa (22).

Mediante una revisión bibliográfica se evidenció que la satisfacción en el parto fue generalmente positiva, oscilando los resultados de los estudios entre el 24,4% y el 92,5% objetivada mediante diferentes cuestionarios de valoración siendo los aspectos más relevantes el acompañamiento, el trato ofertado por el personal sanitario, el alivio del dolor y el cumplimiento de las expectativas.

A pesar de que el trato recibido por los sanitarios obtuvo una puntuación elevada en la mayoría de los casos, se notificó una falta de información. De igual modo, se relacionó el control del dolor y el cumplimiento de las expectativas con mayor satisfacción materna. Además, la implicación

de la figura paterna o familiar de referencia adquiere un papel relevante en el apoyo a la gestante.

### A propósito de un estudio elaborado en España

El estudio elaborado entre enero de 2018 y junio de 2019 incluía a mujeres atendidas entre 2009 a 2018 que respondieron a un cuestionario para valorar su opinión respecto a la atención recibida en el parto, excluyéndose las que parieron en casa o fuera de España. Del total de la muestra (17.541 mujeres), el 65,3% habían sido atendidas por la atención de salud pública, el 10,4% en un hospital privado y el 24,3% recibieron una atención sanitaria mixta público-privada (23).

El 38,3% de las mujeres consideraba haber sufrido Violencia Obstétrica, principalmente en el contexto de la atención médica privada, cifrándose la puntuación respecto a la atención recibida en 4,85 sobre 10 para estas mujeres y en 8.31 puntos para las que no sufrieron violencia obstétrica, obteniéndose una media de 6,94 puntos. El 54,5% de las gestantes encuestadas se sintieron inseguras, vulnerables, culpables o incapaces y el 67,9% refirió que las instituciones sanitarias no apoyaban ni promovían suficientemente los derechos de las gestantes.

El 45,9% de la muestra indicó que no fueron correctamente informadas y no se les solicitó consentimiento expreso. Además, no pudieron resolver sus dudas, o expresar sus miedos o preocupaciones en el 48% de los casos. El 44,4% de las gestantes fueron sometidas a procedimientos innecesarios y/o dolorosos, y de ellos, el 52,3% sin razones ni consentimiento, y el 31,1% sin su consentimiento. Por otro lado, el 34,5% declaró que fueron criticados por medio de comentarios irónicos o desacreditantes y el 31,4% fueron tratadas con apodosos o diminutivos infantiles. Sólo el 20,2% de las mujeres pensaban que su plan de parto había sido respetado.

En lo referido a las pérdidas gestacionales, el 6,3% de las encuestada sufrieron un aborto espontáneo o pérdida perinatal, de las cuales el 36,5% consideró la atención recibida innecesaria o injustificada y el 70,8% sentían no haber recibido apoyo psicológico durante el proceso.

En cuanto al postparto, el 35% no se sintieron apoyadas durante el proceso en las preguntas sobre alimentación y cuidado del bebé. Además, el 37,6% de las que apostaron por la lactancia materna no se sintió apoyada ni disponía de ayuda para solventar dudas o superar dificultades.

## CAPÍTULO 3: La humanización del parto

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) definió en el año 2006 el parto normal como “un proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (24).

Un año más tarde, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaboró la Estrategia de Atención al Parto Normal como respuesta a la demanda de la sociedad, los profesionales sanitarios y la administración frente al incremento del intervencionismo en el parto, manifestando un interés colectivo por mejorar la calidad de la atención en el parto normal y unificar criterios en la prestación de cuidados (25).

En el año 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, recogiendo la evidencia científica disponible sobre distintas prácticas clínicas, la participación de las mujeres, la formación de profesionales y la investigación, la innovación y la difusión de Buenas Prácticas.

De dicha evaluación se extraen las siguientes recomendaciones respecto a la práctica clínica desarrollada en el marco de la atención al parto normal:

<b>Rasurado del periné</b>	Evitar la práctica rutinaria. Valorar en caso de precisar sutura.
<b>Enema</b>	Desaconsejar. Aplicar opcionalmente si la mujer lo desea.
<b>Acompañamiento durante el proceso</b>	Permitir si lo desean. Elegir libremente la persona que la acompaña.
<b>Período de dilatación</b>	Instruir en el reconocimiento de los signos verdaderos trabajo de parto. Facilitar la deambulación y los cambios posturales. Permitir ingesta de líquidos o alimentos según sus necesidades. Potenciar entornos amigables. Emplear el partograma. Monitorización y control del bienestar fetal. Evitar amniotomía de rutinaria. Colocar catéter venoso periférico solo cuando sea necesario. Emplear oxitocina únicamente en caso de necesidad. Reducir los tactos vaginales lo máximo posible.
<b>Manejo del dolor durante el parto</b>	No aplicar analgesia rutinaria. Instruir sobre métodos alternativos de alivio del dolor. Informar sobre la producción de endorfinas en condiciones de intimidad. Explicar los riesgos de la analgesia epidural. Considerar aplicación de anestesia epidural sin bloqueo motor.
<b>Posición materna durante el período expulsivo</b>	Permitir el libre posicionamiento de la gestante. Capacitar a los profesionales sanitarios para la atención al parto en las diferentes posiciones. Investigar las percepciones de las mujeres y los factores que influyen en la elección de la posición.
<b>Episiotomía</b>	Promover la episiotomía selectiva. Practicar episiotomía medio-lateral con sutura continua y material reabsorbible. No suturar desgarros leves. Formar a los profesionales en la protección del periné.
<b>Alumbramiento</b>	No pinzar el cordón en presencia de latido. Ofertar el alumbramiento espontáneo o fisiológico.

<b>Partos instrumentales</b>	Evitar partos instrumentales, si es posible. Utilizar la ventosa como primera opción, seguida de la espátula o fórceps. Adiestrar a los profesionales en su corrector.
<b>Cesáreas</b>	Implementar programas para la racionalización de cesáreas. Facilitar el parto vaginal después de cesárea, salvo excepciones. Facilitar el acompañamiento. Cuidar las condiciones ambientales. Investigar las causas del incremento de cesáreas.
<b>Contacto precoz con el recién nacido</b>	Colocar piel con piel en el pecho o abdomen de la madre al menos durante 70 minutos, si es posible. Posponer las prácticas profilácticas y realizarlas en presencia de los padres. No realizar maniobras rutinarias. Explicar ventajas del contacto piel con piel. Fomentar el método canguro. Suprimir las salas nido. Crear grupos de apoyo.
<b>Atención postnatal inmediata y lactancia</b>	Abandonar los procedimientos injustificados. Postponer pruebas que supongan la separación del bebé y la madre. Apoyar la lactancia materna. Fomentar la creación de bancos de leche de madre y la donación. Respetar la elección informada de lactancia artificial. Trabajar con grupos de apoyo que faciliten buenas prácticas en lactancia.

*Figura 2: recomendaciones en la atención al parto normal.  
Fuente: elaboración propia.*

### Inicio de los cambios en la atención al parto

En los años 90, se advirtió una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad materno-fetal. Sin embargo, países como Chile presentaban una tasa de cesáreas muy por encima de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, surgiendo entonces la necesidad de mejorar la calidad y personalizar la asistencia al parto (26).

Entonces, se manifiesta la necesidad de atender al parto de forma integral prestando atención a cuatro elementos: la seguridad, la calidad, la cultura y los costos del parto. En un estudio realizado en este país, se evaluó la efectividad del modelo convencional en un hospital público considerando la calidad y la seguridad, concluyendo que, aunque era seguro y de alta competencia técnica, presentaba cifras excesivas de intervencionismo, particularmente cesáreas. Por otra parte, los “centros de parto alternativos”, centrados en la calidad, mantuvieron los estándares de seguridad de los modelos intervencionistas desde una perspectiva más armónica. Estos modelos han sido testados y validados aportando bienestar a los usuarios, medidas de intervención adecuadas y oportunas, y seguridad comparable con los modelos de atención más compleja.



### El parto respetado

Como respuesta a la visión patológica, intervencionista y jerárquica que algunos profesionales tiene del parto, y a la tendencia a aplicar en partos normales cuidados similares a los requeridos en partos complicados, surge el parto respetado o parto humanizado. Se trata de un modo de atención donde se prioriza a la voluntad de la mujer y el respeto a los tiempos fisiológicos, creando un ambiente familiar con la madre y el bebé como protagonistas. El nacimiento se desarrolla de la forma más natural posible y valorando a ambas partes de forma holística e individualizada, considerándolos sujetos únicos e irrepetibles (27).

Asimismo, se establece que durante el trabajo de parto las mujeres deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y participar en la toma de decisiones. Además, debe facilitarse el acompañamiento y fomentar la movilización y la adopción más cómoda durante todo el proceso, así como satisfacer las expectativas de la mujer en cuanto al alivio del dolor, permitiendo las medidas no farmacológicas.

El cambio en el modelo de atención sanitaria acontecido en los últimos años ha contribuido a la humanización del parto. De este modo, se ha pretendido (28):

- Convertir a la mujer en el centro de la atención.
- Prestarle apoyo emocional.
- Ofrecer una atención basada en la evidencia fomentando su participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados.

El parto constituye una experiencia paradójica para las mujeres, pues a pesar de crear vida, se trata de una experiencia psicosocial profunda y acarrea un gran dolor. Por tanto, este proceso requiere de consideraciones especiales hacia la mujer por parte de los profesionales (29).

Los cambios biológicos, emocionales y sociales acontecidos durante el parto hacen necesaria una atención humanizada, recordando que cada mujer es única. En este aspecto, las gestantes deben implicarse en la toma de decisiones y disponer de toda la información. Los profesionales deben apoyar y orientar a la mujer en el proceso, tratándola con el máximo respeto y velando por sus expectativas y necesidades, proporcionando unos cuidados individualizados. Además, se debe procurar el acompañamiento durante el proceso de parto siempre que sea posible.

El parto humanizado cuenta con numerosos beneficios para la madre, pues permite el empoderamiento de la mujer ya que se convierte en protagonista, incentivando la confianza su capacidad y en su propio cuerpo. Por otro lado, se crea un mayor bienestar emocional en un entorno de tranquilidad y acompañamiento, brindando a los progenitores momentos muy emotivos (30).

A pesar de que los beneficios emocionales para el recién nacido son difíciles de cuantificar, pero el contacto piel con piel inmediato es esencial para la creación del vínculo materno-infantil en la vida extrauterina, pues repercutirá en desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del bebé. Además, se relaciona con una buena lactancia materna.

Una atención respetuosa en la maternidad incluye los siguientes aspectos (31):

- Estar libre de daños y malos tratos: los profesionales deben brindar apoyo a la mujer y proporcionar un entorno seguro.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad.
- Preservar la dignidad de las mujeres y proporcionar un ambiente positivo en la sala de parto respetando su cultura, valores y creencias.
- Provisión prospectiva de información sobre el trabajo de parto (técnicas de respiración, empuje y relajación, preparación física y psicológica) y búsqueda de consentimiento informado antes de cualquier procedimiento.
- Garantizar el acceso y la participación activa del familiar elegido durante el proceso de parto.
- Mejorar el entorno físico y los recursos proporcionando un ambiente cómodo, limpio y calmante.
- Proporcionar una atención de maternidad equitativa independientemente de su edad, etnia, sexualidad o religión.
- Mantener una comunicación eficaz: hablar y escuchar a las mujeres fomentando la comunicación efectiva no verbal.
- Respetar sus decisiones y velar por su participación en las mismas y la elección de postura de parto.
- Atención por personal competente y motivado que fomente un clima de confianza.
- Atención eficiente y eficaz minimizando al máximo las intervenciones innecesarias (exámenes vaginales, episiotomías...) y proporcionando un alivio del dolor efectivo.
- Continuidad del personal que atiende el parto.

Por otro lado, el control del dolor y la postura cobran un papel importante en el parto.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable cuyas características varían en las diferentes fases del parto y difieren de una mujer a otra e incluso en cada uno de sus partos, siendo la experiencia única, subjetiva y multidimensional (32).

Su alivio aumenta el bienestar físico y anímico de la mujer, suponiendo un aspecto prioritario en los cuidados del parto. La analgesia contribuye a la supresión del dolor sin alterar la conciencia de la parturienta, siendo el analgésico ideal aquel que es seguro para la madre y el feto, fácil de administrar, rápidamente efectivo y que controla el dolor en todas las etapas del parto, manteniendo el esfuerzo materno y facilitando el nacimiento.

La analgesia epidural es la técnica más efectiva y frecuente de alivio del dolor durante el parto de bajo riesgo, pero existen otros métodos alternativos de eficacia demostrada como:

- Apoyo durante el parto.
- Libertad de movimientos.
- Inmersión en el agua.
- Inyección intradérmica o subdérmica de agua estéril en la región sacra.
- Acupuntura en manos, pies y orejas.
- Hipnosis: técnica estudiada por el doctor británico Grantly Dick-Lee para el “síndrome de miedo-tensión-dolor”.

Sin embargo, otras alternativas utilizadas que no han evidenciado hasta el momento efectividad son:

- Estimulación Eléctrica Transcutánea: aplicación dérmica de estímulos nerviosos repetidos para inhibir la transmisión de los impulsos nociceptivos a nivel medular.
- Aromaterapia.
- Musicoterapia.
- Homeopatía.

La postura vertical de parto era utilizada habitualmente en las antiguas civilizaciones. Sin embargo, la medicalización de este proceso extendió la posición de litotomía, pues permitía una mejor observación. No obstante, países como México, Guatemala y Perú continuaron manteniendo esta costumbre que permite que la gestante pueda adquirir un papel activo en su parto (33).

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<p>Reducción del tiempo de la segunda etapa del parto por favorecer la gravedad y la alineación del bebé.</p> <p>Menor tasa de edema vulvar, parto instrumentalizado, episiotomías, retención placentaria, maniobras de Kristeller, desgarros.</p> <p>Mayor control del dolor y satisfacción materna.</p> <p>Mejores resultados neonatales (frecuencia cardíaca alterada o reanimación avanzada)</p>	<p>Más sangrados.</p> <p>Dificultad para mantener la posición.</p>

*Figura 3: ventajas y desventajas del parto vertical.  
Fuente: elaboración propia.*

Desde el año 2004, se celebra en varios países la Semana Mundial del Parto Respetado o Humanizado, una iniciativa de la Asociación Francesa por el Parto Respetado promovida por UNICEF, la Organización Panamericana de la Salud y la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del parto y el nacimiento (27).

En España, existen asociaciones feministas sin ánimo de lucro como “el parto es nuestro”, creada en 2003 cuyo objetivo es mejorar la atención a madres e hijos durante el embarazo, parto y posparto. De esta forma, recoge los testimonios de mujeres que han sufrido un trato irrespetuoso en el parto, proporcionando información basada en la evidencia científica (34).

## CAPÍTULO 4: Alternativas al parto tradicional

Desde los orígenes de la humanidad, el parto ha sido considerado un acontecimiento que se emplazaba a los hogares, hasta que a mediados del pasado siglo comienza la institucionalización de este proceso como un intento de reducir las cifras de mortalidad neonatal y materna. A pesar de que apenas tres décadas más tarde este hito había sido alcanzado, el paternalismo propio de estos centros arrebató en algunos casos el poder de decisión de las mujeres, convirtiéndolas en

sujetos dependientes de intervenciones médicas y negativizando la experiencia de parto en estos casos (35).

En los años 60 comienzan a cuestionarse en Estados Unidos los beneficios de tanta medicalización del parto, apareciendo los primeros movimientos contrarios a dicha medicalización y en 1985 la OMS se posiciona en contra de las intervenciones sistemáticas e indiscriminadas en el parto, por considerarlo un proceso natural y fisiológico, manifestando la necesidad de replantear el modelo de atención y lanzando unas recomendaciones sobre el lugar de nacimiento, el personal que atiende el parto y el derecho de la mujer a decidir.

### Las casas de partos

En la década siguiente, algunos países como México dan respuesta a la creciente demanda social liderando un movimiento de creación de casas de parto, que rápidamente se extendió por los países escandinavos, Reino Unido, Canadá, Alemania o Suiza. Esta alternativa pretendía ser el nexo de unión entre la partería tradicional y profesional, ubicándose en lugares urbanos y próximos a hospitales de referencia y convirtiéndose en espacios con recursos sanitarios seguros para la atención al recién nacido y a la madre que priorizaban la protección de la mujer frente a la violencia obstétrica evitando los procedimientos prescindibles y respetando las decisiones de la mujer (36).

Se denomina casas de parto o centros de nacimiento generalmente dirigidos por matronas a los centros que ofertan cuidados a las gestantes de bajo riesgo que inician el trabajo de forma espontánea entre la semana 37 y 42 de gestación, recayendo la responsabilidad principalmente sobre la matrona (35).

A través de una visión holística de la mujer, incluyendo las perspectivas biológica, psicológica y social, se realiza un acompañamiento, proporcionando autonomía y fomentando el empoderamiento de la madre y el trabajo en equipo con la pareja. El ambiente es valorado como un elemento terapéutico por su importancia en las diferentes fases del parto, procurándose un entorno similar al hogar, propiciando una tasa menor de intervenciones médicas respecto a las unidades convencionales, un mayor éxito en los partos vaginales y mayor satisfacción materna (37).

Pueden localizarse de forma adyacente a un complejo hospitalario, o de manera independientemente. En el primer caso, si se requiriese diagnóstico o tratamiento durante la fase de dilatación o expulsivo, así como la intervención de obstetras, neonatólogos o anestelistas, la mujer deberá ser trasladada a una unidad obstétrica dentro del mismo centro. Los centros extrahospitalarios no disponen de estas alternativas, precisando en dichas situaciones el traslado de la gestante al hospital más cercano (38).

En España existen dos casas de partos de titularidad pública: la casa de nacimientos de Baetulo (Barcelona) y la Fundació Hospital San Joan de Déu (Martorell).

Especialmente relevante fue el estudio Birthplace, que evaluó a 64.000 mujeres que dieron a luz en el domicilio, en unidades de matronas independientes, en unidades de matronas en hospitales y en unidades de obstetricia, evaluándose las ventajas y riesgos del parto fuera del ámbito hospitalario, así como su relación con la satisfacción materna y el coste-efectividad de esta alternativa. Se estudiaron las diferencias en relación a si la responsabilidad recaía sobre la matrona u obstetra, así como la ubicación, diferenciándose entre los partos hospitalarios o extrahospitalarios (39).

Tras este estudio, se pudo concluir que parir en casa o en unidades de matrona independientes se relacionaba con una tasa mayor de partos vaginales espontáneos, mientras que los partos en unidades obstétricas estaban sujetos a un mayor grado de intervencionismo. Aunque no se encontraron diferencias en los resultados neonatales, independientemente del lugar de nacimiento, en las mujeres multiparas, se evidenció un incremento del riesgo neonatal para aquella que parían por vez primera.

Las casas de partos se relacionan con unos resultados obstétricos favorables, pues muestran una reducción en la tasa de intervenciones (partos instrumentados, cesáreas, episiotomías o desgarros, transfusiones y traslados), así como mayor tasa de partos vaginales espontáneos y satisfacción materna, todo ello sin incrementar riesgos maternos y resultando esta opción más coste-efectiva que parir en un centro hospitalario (35) (36).

## Parto en casa

El parto en casa es una alternativa seleccionada por un número limitado, aunque suficiente para incrementar el número de profesionales cualificados y dedicados íntegramente a la atención de esta modalidad. A nivel nacional, Cataluña es la comunidad con más partos en casa, siendo un referente para el resto de España (40) (41).

	Total partos**	Partos asistidos en domicilio	Partos en domicilio no asistidos
<b>2014</b>	419.209	1187 (0,28%)	224 (0,05%)
<b>2015</b>	412.266	1136 (0,27%)	259 (0,06%)
<b>2016</b>	402.805	1079 (0,27%)	223 (0,06%)
<b>2017</b>	386.133	1066 (0,28%)	207 (0,05%)
<b>2018</b>	366.629	960 (0,26%)	227 (0,06%)
<b>2019</b>	355.250	815 (0,22%)	183 (0,05%)

*Figura 4: partos en España (5).*

*Fuente: elaboración propia.*

A pesar de esto, hoy en día siguen siendo pocas las parejas que, contrariamente a la opinión mayoritaria, abogan por el parto en casa, siendo los motivos principales de esta elección la eliminación de la violencia obstétrica ampliamente extendida en el entorno hospitalario, el respeto a la fisiología del parto y el valor espiritual y transcendental de este modo de nacimiento (42).

Esta opción de parto surge debido a la importancia que tiene el entorno sobre la mujer en el proceso de parto, facilitando el respeto a la parturienta y su familia, la continuidad de cuidados, la minimización de la interferencia de los profesionales de la salud y favoreciendo la puesta en valor de la comodidad, el libre movimiento, el manejo del dolor y la autoconfianza. Además, numerosos estudios relacionan el parto en casa con una lactancia más exitosa.

Aunque la Organización Mundial de la Salud recomiendan ofertar el parto en casa a las gestantes de bajo riesgo, existe gran controversia en torno a la seguridad de este tipo de partos. En algunos países como Reino Unido o Países Bajos, los colegios oficiales de obstetras y matronas se posicionan a favor del parto en casa y esta modalidad está financiada por el Sistema de Salud y sujeta a un seguro de responsabilidad civil, por lo que esta opción está aceptada y es más demandada en estas regiones. Algunos países como Suecia fomentan el parto en casa bonificando a las matronas que los atienden, mientras que, en otros como Islandia, esta opción de parto es gratuita. Por otro lado, países como Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda reconocen el derecho de la mujer a elegir el lugar donde desea dar a luz, aunque los colegios profesionales se muestran contrarios a esta alternativa, defendiendo que incrementa el riesgo de mortalidad neonatal. En nuestro país, la cartera de servicios establecida mediante el RD 1030/200627 no contempla la atención al parto en el domicilio (43).

Si bien el parto está sujeto a riesgos inherentes, se recomienda que las candidatas a parir en casa presenten un bajo riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con el trabajo de parto, estableciéndose como criterios de inclusión: embarazo único y a término (entre la semana 37 y 42 de gestación), presentación cefálica, inicio espontáneo, hemoglobina superior 10 g/dl, Índice de Masa Corporal inferior a 30 Kg/m<sup>2</sup> preconcepcional, ausencia de historia o signos de complicaciones obstétricas (41) (44).

Por otra parte, se desaconseja el parto extrahospitalario en mujeres con enfermedades previas tales como enfermedad coronaria, alteraciones renales, hepáticas o neurológicas, hipertensión arterial, diabetes, asma, fibrosis quística, hemoglobinopatías, enfermedades tromboembólicas, problemas de coagulación, enfermedades infectocontagiosas o lupus eritematoso sistémico. De igual manera, deben valorarse las complicaciones obstétricas previas y en el embarazo actual, evaluándose el incremento del riesgo que suponen dichas alteraciones.

#### BENEFICIOS MATERNOS (45) (46)

- Menor tasa de morbilidad materna por hemorragia posparto o infecciones.
- Menor tasa de episiotomías.
- Menor tasa de intervenciones médicas (parto inducido, instrumentalizado, cesáreas).
- Mayor tasa de satisfacción y autocontrol.
- Ambiente cómodo y familiar.

#### BENEFICIOS NEONATALES

- Mayor tasa de lactancia materna exclusiva en los nacimientos en casa.

#### RIESGOS MATERNOS

- Incremento del riesgo materno en mujeres con enfermedad previa o que surge durante la gestación.

## RIESGOS NEONATALES

- Mayor riesgo de mortalidad neonatal, especialmente por distrés respiratorio.
- Fallos en la reanimación.
- Mayor riesgo de encefalopatía hipóxico-isquémica y de aspiración meconial.
- Necesidad de traslado.

## Parto en el agua

La inmersión en el agua se utiliza durante el trabajo de parto como estrategia para manejar el dolor, abandonando el medio acuático antes del expulsivo, a diferencia del parto en el agua, que se produce cuando el neonato nace en este medio. Estas alternativas de parto ya fueron utilizadas por las antiguas civilizaciones y cada vez son más demandadas y extendidas en nuestra sociedad (47) (48).

La primera mención al parto acuático se remonta a 1805, cuando se describe por vez primera esta técnica en el parto, con objeto de aumentar la relajación materna. En la década de los 70, reconocidos obstetras como Frederick Leboyer y Michel Odent, mediante sus publicaciones: «nacimiento sin violencia» y «nacimiento bajo el agua» respectivamente defendieron la inmersión durante el trabajo de parto en agua a temperatura corporal por contribuir al alivio del dolor, reducir los requerimientos de analgesia farmacológica, facilitar la relajación, potenciar la autonomía de la mujer y permitir el libre movimiento de la parturienta, produciéndose una mayor liberación de oxitocina y una dilatación exitosa. Al mismo tiempo, Bárbara Harper fundó en California la organización Waterbirth Internacional con el objetivo de dar alcance internacional a este movimiento.

En nuestro país, no es hasta 2010 cuando Ministerio de Sanidad y Política Social publica la guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal, en la cual se recomienda esta alternativa de parto como método eficaz para el alivio del dolor en la fase tardía de la primera etapa del parto.

La comparativa entre el parto acuático y convencional no evidencia un impacto negativo del primero sobre las gestaciones de bajo riesgo. La inmersión durante la fase de dilatación se relaciona con una menor demanda de analgesia epidural, pero la diferencia es mínima respecto al número de mujeres que presentan un parto vaginal normal, instrumental, una cesárea o un desgarro perineal grave. Existe poca diferencia entre el número de ingresos en unidades de cuidados intensivos neonatales, infecciones, la temperatura o fiebre durante la primera semana y mortalidad neonatal respecto al parto convencional (49) (50).

La hidroterapia debería ofrecerse como alternativa en el trabajo de parto en gestantes a término con riesgo bajo-medio que se encuentren en una fase de parto activo, recomendándose haber alcanzado los 4 centímetros de dilatación y una dinámica uterina regular. Además, se debe realizar un registro cardiotocográfico previo a la inmersión.

Existen contraindicaciones para el uso de esta alternativa al parto convencional, tanto de etiología materna como fetal, dentro de las cuales se encuentran (51) :

CONTRAINDICACIONES MATERNAS	CONTRAINDICACIONES FETALES
Gestación de alto riesgo Gestación no controlada Gestante menor de edad Control insuficiente de la gestación Fiebre/sospecha de infección materna Herpes genital activo/sospecha de ETS Antecedente de distocia de hombros Sangrado vaginal activo Uso de oxitocina Uso de óxido nítrico No tener acompañante Uso de anestesia epidural/intradural Uso de narcóticos en 6 horas previas	Registro cardiotocográfico atípico Líquido amniótico meconial Peso fetal estimado mayor de 4 Kg Presentación no cefálica

*Figura 5: contraindicaciones del parto en el agua.*

*Fuente: elaboración propia.*

#### BENEFICIOS MATERNOS (52) (53)

Aumento de la movilidad y flotabilidad proporcionando sensación de ingravidez, facilitando los cambios posturales y contribuyendo a maximizar los diámetros pélvicos y la flexión de la cabeza fetal.

- Más partos vaginales y disminución de la tasa de cesáreas.
- Menos desgarros perineales de tercer y cuarto grado. Por otro lado, los partos en el agua presentan una tasa de episiotomías menor que los partos convencionales.
- Reducción significativa de la duración de la dilatación..
- Menor intervencionismo médico (estimulación con oxitocina sintética, ruptura de bolsa amniótica...)
- Mayor relajación y menor ansiedad: se produce vasodilatación y relajación muscular, disminuye la producción de adrenalina y noradrenalina, las hormonas del estrés, así como vasopresina y el cortisol. Por otro lado, se estimula la producción de endorfinas.
- Menor sensación de dolor y menor requerimiento de analgesia epidural.
- Menor incidencia de hemorragia postparto.
- Mayor satisfacción materna.

#### BENEFICIOS NEONATALES

- Menos problemas respiratorios.
- Menor tasa de infecciones: se ha formulado la hipótesis de que en las gestantes colonizadas por *Estreptococo Betahemolítico*, el parto en el agua genera un “efecto lavado” que disminuye el riesgo de infección para el bebé.
- Mejores resultados en el Test de Apgar. Los bebés nacidos en medio acuático comienzan a respirar más lentamente, pudiendo demorarse uno o dos minutos. Se recomienda que, durante el expulsivo, la temperatura del agua sea menor que la materna, para estimular al recién nacido y favorecer la respiración, así como sacarle lentamente del agua. Existe un test de Apgar modificado para evaluar la vitalidad de estos bebés, elaborado por Cornelia Enning, matrona de origen alemán.
- Valores de pH umbilical equivalentes o mejorados en comparación con el parto convencional.



## RIESGOS MATERNOS

- Hipertermia debido a la inmersión en agua caliente. Se recomienda la monitorización horaria la temperatura materna y que sea esta quién seleccione la temperatura del agua sin exceder los 37,5°C.
- Más desgarros perineales leves, recomendándose que los pujos sean de menor intensidad y que la salida de la cabeza fetal ocurra durante varias contracciones.
- Enlentecimiento del parto si se usa antes de los 4 centímetros de dilatación.
- Dificultad para diagnosticar hemorragia postparto. La estimación visual de Goodman, que evalúa la oscuridad del agua tras la salida de la placenta, es un método ampliamente aceptado para valorar las pérdidas hemáticas.
- Más infecciones relacionadas con la contaminación de la bañera, que debe de ser higienizada escrupulosamente.
- Aumento de la mortalidad materna.

## RIESGOS FETALES

- Desgarros del cordón umbilical, aunque el riesgo no se ve aumentado respecto al parto convencional y no se relaciona con secuelas a largo plazo.
- Mayor necesidad de reanimación tras nacimiento. El "reflejo de buceo" que inhibe la respiración fetal bajo el agua puede desaparecer en situaciones de hipercapnia o hipoxia grave, desencadenando la aspiración de agua de la bañera.
- Ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales relacionados con la aspiración de agua durante nacimiento. El contacto sobre la cabeza del neonato durante el nacimiento podría estimular su respiración, aspirando agua del medio. Por tal motivo, cuando el bebé comienza a coronar muchas matronas optan por la técnica hands-off, tocándolo únicamente para asomarlo a la superficie del agua una vez ha nacido,
- Distocia de hombros, considerándose una distocia anterior un criterio de exclusión para esta alternativa de parto.

## CAPÍTULO 5: La experiencia de parto

La experiencia de parto se define como un proceso individual y complejo en el que interfieren factores fisiológicos y psicológicos subjetivos influenciados por el contexto social, ambiental, organizacional y político. Conforman un hito en la vida de la gestante y afecta a su bienestar y a la relación en el binomio madre-hijo y madre-pareja. Además, acompaña a la mujer durante su vida y determina la actitud frente a la maternidad y la relación con el recién nacido (54).

El dolor, la ansiedad, la duración y el tipo de parto, el apoyo de la pareja o el contacto inmediato entre el recién nacido y la madre son factores que repercuten en la experiencia de parto. Sin embargo, los elementos más decisivos son:

- Las expectativas personales.
- El apoyo de los cuidadores.
- La calidad de la relación cuidador-paciente.
- La participación en la toma de decisiones.
- El control experimentado durante el parto.

Estos cinco factores son tan importantes que anulan otros como la edad, la preparación maternal, la etnia, el nivel socioeconómico, el entorno físico o las intervenciones médicas.

Las experiencias de parto negativas se han relacionado con trastorno de estrés post-traumático, mayor riesgo de depresión prenatal en futuros embarazos y depresión postparto, así como trascendencia en futuras decisiones reproductivas y aumento de solicitudes de cesáreas.

### Las expectativas personales

Las mujeres desarrollan durante la gestación expectativas de parto, especialmente vinculadas al dolor, al control percibido, a las complicaciones, al apoyo recibido y a su capacidad de hacer frente al parto. La discordancia entre las expectativas y la experiencia real de parto negativizan la experiencia y reduce la satisfacción materna (54).

Factores como la participación en la toma de decisiones, la información, el apoyo continuo, el acompañamiento de la pareja y la buena preparación fomentan las experiencias positivas.

A fin de conocer las expectativas para aumentar la satisfacción y la confianza en sí mismas y potenciar los sentimientos positivos, el Ministerio de Sanidad elaboró el Plan de Parto y Nacimiento. Se trata de un documento mediante el cual la mujer puede expresar sus deseos, preferencias, necesidades y expectativas durante el proceso de parto y nacimiento. Puede elaborarse en cualquier momento, aunque se recomienda entre la semana 28 y la 32 de gestación. De esta forma, el equipo asistencial puede disponer de información escrita de gran utilidad, evitando tener que comunicar sus preferencias ese día. Durante el parto, la mujer puede modificar dichas alternativas. De igual modo, los acontecimientos imprevisibles pueden alterar las previsiones, siendo responsabilidad de los profesionales seleccionar la intervención más oportuna (55).

Se recogen las preferencias sobre la llegada al hospital (acompañamiento, espacio físico, intimidad), asistencia y cuidados durante periodo de dilatación e intervenciones durante el trabajo de parto, expulsivo y alumbramiento, atención al recién nacido, periodo de puerperio e instrumentalización del parto.

### Acompañamiento y participación de la pareja

El término "compañerismo laboral" hace referencia al apoyo brindado a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto, proporcionando una experiencia de nacimiento positiva. De este modo, se otorga apoyo informativo reduciendo las brechas de comunicación entre los sanitarios y la mujer y facilitan el alivio no farmacológico del dolor. Las mujeres abogan por una persona compasiva y confiable (56).

La presencia de la pareja se ha descrito como alentadora e importante para la mujer, manifestándose una tendencia a fomentar su presencia en el parto en los últimos años. La participación es descrita como una combinación de aspectos tales como: interacción, disponibilidad y responsabilidad (57).

Las parejas no solo participan en el parto, si no que actúan como portavoces de las mujeres y brindan apoyo físico y psicológico de forma individual. La participación de los padres se relaciona con experiencias de parto más positivas, pues estimulan el vínculo emocional con su cónyuge, fomentan la responsabilidad compartida en el cuidado y evitan resultados negativos para la madre y el niño.

En este aspecto, toma relevancia el papel de la doula, figura encargada del acompañamiento y el apoyo tanto emocional como físico a la mujer durante su embarazo, parto y puerperio tanto a nivel hospitalario como domiciliario. Dado que carecen de preparación académica, su actuación es limitada (masajes, aromaterapia, cambios posturales, ayuda en la lactancia) (58).

Las mujeres valoran positivamente y se benefician del acompañamiento en el proceso de parto. Se realiza apoyo emocional mediante la presencia continua y los elogios, que le transmiten tranquilidad, así como la información sobre el progreso. La doula también puede aconsejar sobre las técnicas de afrontamiento y medidas de confort (masaje, duchas calientes, fomentar la movilidad, promover una adecuada ingesta y salida de líquidos) y hablar cuando sea necesario en nombre de la mujer (59).

Las prácticas rutinarias pueden repercutir negativamente en la calidad, los resultados y la experiencia de la atención en el parto, suponiendo el apoyo a la gestante una mejora del proceso fisiológico, el sentimiento de control y autoconfianza de la mujer y su capacidad para dar a luz de forma natural, reduciéndose el intervencionismo y mejorando la experiencia de parto. Las mujeres acompañadas tienen mayor probabilidad de tener un parto espontáneo y requieren menos analgesia. Además, tienen trabajos de parto más cortos y resultan más satisfechas.

### Atención centrada en la mujer

En los últimos años, el modelo paternalista ha sido abandonado, fomentándose la autonomía de la paciente, centrándose las matronas en el acompañamiento de la mujer y la provisión de apoyo emocional, físico, psicológico y espiritual. El poder ha sido transferido a la mujer, fomentándose la toma de decisiones informadas (54).

La ratio “una mujer una matrona” fomenta el acompañamiento y apoyo continuo a la mujer, que es valorado positivamente pudiendo incluir apoyo emocional (presencia continua, tranquilidad, ánimos), información sobre el progreso del parto, sobre técnicas de afrontamiento y ayuda para comunicar los deseos de la mujer. Estas medidas disminuyen la ansiedad y el temor y aumentan el sentimiento de competencia y confianza.

Llevando a cabo una atención caracterizada por componentes como: disponibilidad, confianza, reciprocidad, singularidad y continuidad en el apoyo y presencia. La calidad interpersonal fue recomendada por organismos como la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Asociación Internacional de Pediatría (IPA) o la Alianza White Ribbon (WRA) por promover una atención respetuosa con su cultura, integridad física-emocional y dignidad durante el parto.

Tras el llamamiento de la Confederación Internacional de Matronas a los Gobiernos de todo el mundo reclamando el reconocimiento y el respaldo de una asistencia accesible y eficaz de los cuidados en el parto para todas las mujeres, bebés y matronas, se elabora una carta que contempla los siguientes derechos humanos básicos (60):

- Ser atendida por una matrona autónoma y competente en el parto.
- Ser respetada como persona digna.
- Salvaguardar la seguridad de su propio cuerpo.

- No sufrir ninguna forma de discriminación.
- Recibir información actualizada sobre su salud.
- Participar de forma activa en las decisiones sobre su salud y facilitar su consentimiento informado.
- Mantener su intimidad.
- Elegir el lugar donde dar a luz.

Tanto la continuidad, como la calidad de las relaciones son claves en una experiencia de parto positiva.

### La información y la toma de decisiones

La participación de las mujeres en la toma de decisiones se ha convertido en un aspecto prioritario. El término “decisión informada” se define como un proceso dinámico e interactivo caracterizado por la provisión y la comprensión de la información clínica, de forma que solo se asegure una decisión informada en presencia de ambos factores. La toma compartida de decisiones ofrece a la mujer el poder decidir simultaneando la responsabilidad y control con el profesional (61).

### El control del parto

La satisfacción en el parto se relaciona con la percepción de control durante el proceso que tiene la mujer y repercute en las decisiones en futuros embarazos y partos. Además, contribuye con el bienestar emocional, propiciando la adaptación al rol de la maternidad y la autoconfianza.

Si bien no se puede controlar todo lo ocurrido en el parto, se relaciona con aspectos como (54):

- Autodeterminación para determinar un parto basado en sus deseos y valores.
- Respeto hacia quienes asisten el parto y hacia mantenimiento del autocontrol.
- Seguridad física, emocional y psicológica.
- Apego con las personas involucradas.
- Conocimiento e información.

Dentro de los atributos identificados al describir el control se encuentran:

- La toma activa de decisiones
- El acceso a la información
- La seguridad derivada de la confianza, el respeto y el apoyo de los profesionales
- La sensación de control sobre sus cuerpos, emociones y dolor.

### Sentimientos y emociones

Mientras que la emoción es considerada una reacción innata, automática y breve, el sentimiento perdura más en el tiempo e incluye la reflexión e interpretación consciente. Por tanto, mientras que la primera ocurre en el cuerpo, la segunda en la mente (54).

Las emociones positivas son el resultado de una evaluación favorable al lograr los objetivos o acercarse a ellos, siendo agradables y proporcionando bienestar y disfrute. Del modo contrario, las emociones negativas, son resultado de una evaluación desfavorable respecto a los objetivos marcados y son consideradas desagradables. Finalmente, las ambiguas, presentan un estatus indeterminado ya que según las circunstancias pueden ser positivas o negativas.

Las mujeres en el trabajo de parto se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad por experimentar una gran carga emocional. Sienten miedo, ansiedad, calma, anticipación, alegría o agotamiento y esta experiencia será recordada durante toda la vida, afectando a su autoconcepto y bienestar (62)

La emoción en el parto contribuye a la evaluación, positiva o negativa, de la experiencia. Un nacimiento positivo incluye sentimientos de satisfacción, orgullo y confianza en la capacidad física y emocional propia, propiciando una relación de confianza con los cuidadores y sintiéndose la mujer realizada, empoderada y capaz. Sin embargo, las experiencias negativas producen angustia y aumentan el riesgo de padecer trastornos en el estado del ánimo después del parto y en embarazos posteriores. Emociones negativas no aliviadas, como el sentimiento de derrota, desánimo, miedo, preocupación, ira, vergüenza o impotencia, favorecen las experiencias de nacimiento negativas o la tocofobia, o miedo al trabajo de parto.

El parto engloba una serie de fluctuaciones emocionales complejas y dinámicas que abordan aspectos físicos y no físicos de la parturienta. Los cambios en las emociones son creados por un sistema de retroalimentación entre la mujer y su entorno, el espacio físico y las interacciones con las personas.

Las emociones cambian con el entorno y el contexto que incluyen la experiencia física de las sensaciones y el esfuerzo, las interacciones entre mente y cuerpo, las relaciones humanas, el espacio físico y las propias creencias, actitudes y definición de la propia mujer de lo que necesita.

Sentirse apoyada emocionalmente en el parto es fundamental. El miedo al parto se relaciona con el dolor, las complicaciones maternas, las complicaciones perinatales y la falta de apoyo. De este modo, es fundamental que los profesionales conozcan las expectativas de las mujeres para poder satisfacerlas, brindándoles la información y el apoyo necesarios y permitiéndoles participar en la toma de decisiones para mejorar la experiencia del parto, evitando posibles complicaciones cuando no se cumplen estas premisas.

## CONCLUSIONES

Los cambios tecnológicos y biomédicos acontecidos en los últimos años han permitido alcanzar importantes mejoras en la atención sanitaria en todas sus vertientes, incluido el embarazo, parto y puerperio. No obstante, en el campo de la obstetricia, estos avances pueden volverse en contra de la parturienta, pues si las prácticas médicas se instauran de forma rutinaria en la asistencia a la embarazada, aplicándose injustificada y arbitrariamente, pueden suponer la realización de procedimientos agresivos evitables y contribuir a una mala experiencia de parto. Por otro lado, supondría un gasto evitable para el Sistema Nacional de Salud y expondría al binomio madre-hijo a una mayor tasa de complicaciones.

Asimismo, es difícil cuantificar las consecuencias de la medicalización del parto y existen pocos estudios de satisfacción materna en nuestro país. La violencia obstétrica no es un hecho aislado dentro de la atención de salud, se da en todas las esferas y especialmente durante el trabajo de parto. No obstante, en otras circunstancias como las pérdidas gestacionales también se producen situaciones desafortunadas que atentan contra los derechos de la mujer.

La crisis sanitaria producida por la pandemia mundial causada por el SARS-CoV2 ha repercutido sobre la atención brindada a las gestantes en todo el mundo, especialmente durante el trabajo de parto. La Violencia Obstétrica se ha materializado en este último año a través del aislamiento de la mujer, ya que en algunos casos han tenido que parir solas, sin ningún tipo de apoyo familiar. Además, los primeros protocolos disponibles extendieron la realización de cesáreas en mujeres infectadas por el virus en ausencia de otros criterios médicos. De igual modo, se ha popularizado la instrumentalización del parto con el objetivo de reducir el periodo del expulsivo y disminuir la producción de aerosoles en el proceso.

Por otro lado, en un primer momento se optó por separar el binomio madre-hijo en casos sospechosos o positivos confirmados, impidiendo el contacto piel con piel en las primeras horas de vida y dificultando el establecimiento de la lactancia materna.

El parto es un momento trascendental en la vida de la mujer que será recordado durante su vida. Por tal motivo, la humanización y el respeto a los derechos de la mujer, favoreciendo que este proceso discurra de la forma más natural posible, ha de ser un aspecto prioritario para los profesionales sanitarios. El futuro de esta disciplina médica pasa por instaurar alternativas de parto seguras dentro de la cartelera de servicios del Sistema Nacional de Salud, respetando los derechos recogidos en la Ley de Autonomía del Paciente y salvaguardando la salud de la madre y su hijo. Para ello, es preciso seguir investigando y desarrollando estudios para valorar las demandas y necesidades, así como la satisfacción materna en las diferentes alternativas de parto. Asimismo, han de realizarse evaluaciones económicas que nos permitan determinar qué modelo se adapta mejor a nuestra sociedad. Ambos aspectos podrían ser el objetivo de estudio en investigaciones futuras.

Por otro lado, cada vez se hace más notorio en nuestra sociedad la necesidad de apostar por los derechos sexuales y reproductivos. De este modo, el Instituto de las Mujeres tiene como objetivo incorporar en la reforma de la Ley del Aborto la violencia obstétrica como un tipo de violencia contra las mujeres, así como revertir la obligatoriedad del consentimiento paterno para la interrupción voluntaria del embarazo en jóvenes de 16 y 17 años y eliminar los desplazamientos interprovinciales para garantizar el acceso a esta prestación

independientemente del lugar de residencia. Mediante estas reformas se abrirá una nueva perspectiva en la atención a las mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sedano LM, Sedano MC, Sedano MR. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet] noviembre [Citado 18 de diciembre de 2020]; 25(6): p. 866-873. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S0716864014706327>
2. Vallana Sala VV. “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana. [Internet] 2020[Citado 18 de diciembre de 2020];(34): p. 90-107. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sess/a/8dTQGdvHnBMN8S5MYmnBwFP/?lang=es&format=pdf>
3. Biurrun Garrido, A. La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol [tesis doctoral]. Barcelona; 2017.
4. Marrón-Peña M. Mortalidad materna: un enfoque histórico. Revista Mexicana de Anestesiología. [Internet] 2018 [Citado 31 de diciembre de 2020]; 41(1): p. 59-63. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma181k.pdf>
5. INE: Instituto Nacional de Estadística [Sede web]. Madrid: INE; 2019 [Citado 19 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/index.htm>
6. Federación de Asociaciones de Matronas de España [Sede web]. Madrid. Informe de situación de las matronas en España. [Citado 19 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/informe-situacion-matronas-espana2014-mod3.pdf>.
7. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Sede web]. Madrid. Informe sobre profesionales de Enfermería. Oferta-necesidad 2010-2025 [Citado 19 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras\(2010-2025\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras(2010-2025).pdf).
8. Macarrón Larumbe. Evolución demográfica de España (1976-2016) [Internet] [Citado 21 de enero de 2021]: p. 47-54. Disponible en: [Dialnet-EvolucionDemograficaDeEspana19762016-6268208 \(12\).pdf](https://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=6268208&formato=pdf)
9. Castro T, Marín T, Cordero J, Seiz M. Demografía: cambios en el modelo reproductivo. Dossieres EyF. [Internet] 2020 [Citado 22 de enero de 2021];(36): p. 8-13. Disponible en: <https://ecosfron.org/wp-content/uploads/2020/01/Dossieres-EsF-36-DEMOGRAF%C3%8DA.pdf - page=8>

10. Núñez JC, Molero MM, Gázquez JJ, Pérez-Fuentes MC, Simón MM, Martos A, et al. Atención a las necesidades comunitarias para la salud: SCINFOPER; 2017.
11. Molina Marcañaupa, G. Complicaciones obstétricas en gestantes mayores de 35 años en el hospital Lircay, Huancavelica [tesis doctoral]. Perú; 2019.
12. Sedano LM, Sedano MC, Sedano MR. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet] noviembre [Citado 21 de febrero de 2021]; 25(6): p. 866-873. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706327>
13. Zayas Fundora E, Tome Díaz PA. Albores y evolución de la Obstetricia. Revista científico estudiantil. 2021 [Citado 27 de febrero de 2021]; 60(280): p. 1-7. Disponible en: [http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_04/article/viewFile/918/pdf\\_310](http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/viewFile/918/pdf_310)
14. Organización Mundial de la Salud. [Sede web].; 2014. [Citado 10 de marzo de 2021] Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=6F78579A44F9FF47C625ACDC30F98E49?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=6F78579A44F9FF47C625ACDC30F98E49?sequence=1).
15. Al Adib Mendi, Ibáñez Bernáldez, Casado Blanco, Santos Redondo. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Med. leg. Costa Rica. [Internet] 2017 [Citado 15 de marzo de 2021]; 34(1): p. 104-111. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152017000100104&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152017000100104&script=sci_arttext&tlng=en)
16. Asociación el parto es nuestro. Informe del Observatorio español de la violencia obstétrica. Observatorio de Violencia Obstétrica. [Citado 15 de marzo de 2021] Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf>
17. Biurrun Garrido, Goberna Tricas. La humanización del trabajo de parto. Matronas Prof. [Internet] 2013 [Citado 20 de marzo de 2021]; 14(2): p. 62-67. Disponible en: <https://federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-bibliografica.pdf>
18. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. (Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, número 38.647, 19-3-2007).
19. de la Torre Rodríguez A, Valenzuela Banda A. Violencia obstétrica. Lux médica. [Internet] 2019 [Citado 25 de marzo de 2021]; (41): p. 43-58. Disponible en: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/2012/1855>
20. Benlloch Doménech, Barbé Villarubia MJ, Cascales Ribera J. Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo de parto en la prevención de la Violencia Obstétrica en España. Musas. [Internet] 2019 [Citado 26 de marzo de 2021]; 4(1): p. 98-119. Disponible en: [27724-60345-2-PB.pdf](https://www.musas.es/revista/27724-60345-2-PB.pdf)
21. Crespo Antepara N, Sánchez Zambrano M, Domínguez Ontano P. La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. Pol. Con. [Internet] julio [Citado 30 de marzo de 2021]; 4(1): p. 98-119. Disponible en: [27724-60345-2-PB.pdf](https://www.polcon.org/revista/27724-60345-2-PB.pdf)



- de 2021]; 3(7). Disponible en:  
<https://pdfs.semanticscholar.org/7493/8a7a8d197f3081069c6c0ad8e31c20bec175.pdf>
22. Sánchez Fortis , Sánchez Fortis C, Pozo Cano MD. Satisfacción de las mujeres con la atención al parto. *Matronas hoy*. [Internet] 2018 [Citado 30 de marzo]; 6(1): p. 31-36. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/134/>
23. Mena Tudela D, González Chordá J, González Chordá JM. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [Internet] 2020 [Citado 31 de marzo]: p. 1-14. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7726>
24. Federación de Asociaciones de Matronas en España [sede Web]. Málaga; 2006 [Citado 23 de abril de 2021]. Definición de parto normal. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/definicion-2bparto-2bnormal-fame-2b10-06-2006.pdf>
25. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud: Observatorio de salud de las mujeres;2012 [Citado 24 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)
26. Uribe T C, Contreras M A, Bravo V P, Villarroel del Pino L, Arbarzúa C F. Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. *Rev. chil. obstet. ginecol*. [Internet] 2018 [Citado 29 de abril de 2021]; 83(3): p. 266-276. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000300266&script=sci\\_arttext&tlng=n](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000300266&script=sci_arttext&tlng=n)
27. Borges Damas L, Sánchez Machado , Domínguez Hernández R, Sixto Pérez. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*. [Internet] 2018 [Citado 30 de abril de 2021]; 44(3). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/226/293>
28. Pereda Goikoetxea, B. Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario [tesis doctoral]. Donostia; 2019.
29. Borges Damas L, Sixto Pérez , Sánchez Machado. Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto. *Rev Cubana Enfermer*. [Internet] 2018 [Citado 1 de mayo de 2021]; 34(3): p. 723-734. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192018000300016&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192018000300016&script=sci_arttext&tlng=en)
30. Macías Intriago G, Galarza Soledispa L, Haro Alvarado I. Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dom. Cien*. [Internet] julio [Citado 1 de mayo de 2021]; 4(3): p. 392-415. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6560206>
31. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren M. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG*. [Internet] julio [Citado 2 de

- mayo de 2021]; 125(8): p. 932-942. Disponible en: <https://obgyn-onlinelibrary-wiley-com.unican.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/1471-0528.15015>
32. González García RM, Márquez Carrasco ÁM, Mera Domínguez S. Alternativas no farmacológicas a la analgesia. Revista Enfermería Docente. [Internet] 2018 [Citado 3 de mayo de 2021]: p. 80-84. Disponible en: <http://www.huvv.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/14324alternativas no farmacologicas.pdf>
33. Vargas Londoño VF, Rodríguez Castiblanco JP, Corredor Acosta MT, Vallejo Astudillo NM. Advantages and Disadvantages of Upright Position in Contrast to Supine Position: A Review of Literature. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. [Internet] 2018 [Citado 3 de mayo de 2021]; 20(1). Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/20-1 \(2018-I\)/145254388013/- fn2](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/20-1 (2018-I)/145254388013/- fn2)
34. El parto es nuestro [sede Web] [Citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
35. Angulo González T, Rey Granados L, Macors , Barberá Rubini. Casas de nacimientos en España ¿Una opción segura? Matronas Prof. [Internet] 2018 [Citado 3 de mayo de 2021]; 20(2): p. 27-35. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/05/e27-REVISION-BIBLIO-CASAS.pdf>
36. Alonso , Murray de López J. Casas de Parto: una estrategia de prevención contra la violencia obstétrica. Primer Congreso sobre Violencias de Género contra las Mujeres. [Internet] [Citado 16 de marzo de 2021] Disponible en: [https://d1wqtxs1xzle7.cloudfront.net/55128305/Mesa\\_2\\_-\\_Alonso.pdf?1511823388=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DCasas de Parto una estrategia de prevenc.pdf&Expires=1622415936&Signature=hCg0OBhOOjA7aRppT99xyZx5lo71pLHOyQ0U73seNwM-Zff~hZPVQ80WGqE70sfv2JSdWEDlhVqrshlGEX8NAqNFfwkXUXhQMqsQLdgsGZuWuVGym9JdkRWZhfnV2rVy1dI5IxiBPDGgcIEfv6eRFyFUQhVjhGfY0OXH6rE~k24uzo8MZk1ZayS9zNUztrVTWylfZb5qqDg1UntC8zR8auQyXfse~GLgH1~spjIF9AJXhXyeg3IdjybB~q3tGHqp1n6KNNHP7jtFahSjuLOXA6IHK09dhm4gUwoIFS T19c6UergkyCAZmjnPw~5setPNMLaj9KGNQV3KAveocbkw\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxs1xzle7.cloudfront.net/55128305/Mesa_2_-_Alonso.pdf?1511823388=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DCasas de Parto una estrategia de prevenc.pdf&Expires=1622415936&Signature=hCg0OBhOOjA7aRppT99xyZx5lo71pLHOyQ0U73seNwM-Zff~hZPVQ80WGqE70sfv2JSdWEDlhVqrshlGEX8NAqNFfwkXUXhQMqsQLdgsGZuWuVGym9JdkRWZhfnV2rVy1dI5IxiBPDGgcIEfv6eRFyFUQhVjhGfY0OXH6rE~k24uzo8MZk1ZayS9zNUztrVTWylfZb5qqDg1UntC8zR8auQyXfse~GLgH1~spjIF9AJXhXyeg3IdjybB~q3tGHqp1n6KNNHP7jtFahSjuLOXA6IHK09dhm4gUwoIFS T19c6UergkyCAZmjnPw~5setPNMLaj9KGNQV3KAveocbkw_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
37. Doñate Cuartero M, Rodríguez Sánchez , Sampietro Palomares , Franco Villalba A, Peña de Buen S. Casas de parto: unidades de parto dirigidas por matronas. [Internet] 2019 [Citado 19 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/casas-de-parto-unidades-de-parto-dirigidas-por-matronas/>
38. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thael E, Rayment J, Newburn M, McCourt C. Estándares europeos para centros de nacimientos. London: European Midwives Association;2018. [Citado 21 de marzo de 2021] Disponible en: <http://arquitecturadematernidades.com/wp-content/uploads/2019/09/Estandares-Europeos-para-Centros-de-Nacimiento.pdf>

39. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ [Internet] 2011[Citado 22 de marzo de 2021]; p. 1-13. Disponible en: <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/893/>
40. Fernández Aranda MI. Impacto económico del parto en casa vs parto en el hospital. Metas enferm. [Internet] septiembre [Citado 23 de marzo de 2021]; 20(7): p. 68-74. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-166581>
41. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thaelis E, Rayment J, Newburn M, McCourt C. Estándares europeos para centros de nacimientos. [Citado 23 de marzo de 2021]. Disponible en: [http://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia\\_PartoCasa\\_2018.pdf](http://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia_PartoCasa_2018.pdf)
42. Martínez Mollá T, Siles , Solano MdC. Evitar la violencia obstétrica: motivo para decidir el parto en casa. Musas. [Internet] 2019 [Citado 24 de marzo de 2021]; 4(2): p. 53-77. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num2.4/29482>
43. Ortega Barreda E, Cairós Ventura LM, Clemente Concepción JA. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. ENE enf. [Internet] 2017 [Citado 25 de marzo de 2021]; 11(1). Disponible en: [http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/676/parto\\_domicilio](http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/676/parto_domicilio)
44. Takac I, Belak , Gorjup. Planned home birth in Slovenia: are we ready? Int J Health Plann Mgmt. [Internet] 2019[Citado 26 de marzo de 2021]; 34: p. 1961-1967. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.unican.idm.oclc.org/doi/full/10.1002/hpm.2893>
45. Walker JJ. Planned home birth. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. [Internet] 2017 [Citado 28 de marzo de 2021]; 43. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.unican.idm.oclc.org/science/article/pii/S1521693417300901?via%3Dihub>
46. Sánchez Redondo MD, Cernada M, Boix H. Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. An Pediatr. [Internet] 2020 [Citado 28 de marzo de 2021]; 93(4): p. 266.e1-266.e6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540332030151X>
47. Romero Lecha SP, Oriola Alba M, Carregui Vilar S, Collado Boira EJ. Parto acuático: complicaciones y beneficios relevantes respecto al parto vaginal convencional. Ágora de Salut. [Internet] 2018 [Citado 29 de marzo de 2021]; 5(32): p. 289-298. Disponible en: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/175084/32-Sergio%2C\\_Maria%2C\\_Soledad.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/175084/32-Sergio%2C_Maria%2C_Soledad.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
48. Lim KM, Tong PS, Chong YS. A comparative study between the pioneer cohort of waterbirths and conventional vaginal deliveries in an obstetrician-led unit in Singapore. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. [Internet] 2016 [Citado 29 de marzo de 2021]; 55(3): p. 363-367. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455916300341?via%3Dihub>

49. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Inmersión en agua para el trabajo de parto y el parto. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet] 2018 [Citado 30 de marzo de 2021]; 5. Disponible en:  
<https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000111.pub4/full?highlightAbstract=inmersion%7C>
50. Davies R, Davis D, Pearce M, Wong N. Efecto del parto acuático en la morbi-mortalidad neonatal. Joanna Briggs Institute, Evidence-based Practice Database. [Internet] 2020 [Citado 1 de abril de 2021]; 22(3). Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj202i.pdf>
51. Mallen L, Roé T, Basteiro E, Benito I. Protocolo: asistencia al trabajo de parto en el agua. [Internet] [Citado 1 de abril de 2021] Disponible en:  
[http://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/asistencia al trabajo de parto en agua.pdf](http://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/asistencia%20al%20trabajo%20de%20parto%20en%20agua.pdf)
52. Iriondo Sanz M, Sánchez Luna M, Botet Mussons F. Atención del parto en el agua. Consenso de la Sociedad Española de Neonatología y de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. An Pediatr. [Internet] 2015 [Citado 2 de abril de 2021]; 82(2). Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403314003282>
53. Iglesias Casás, S. Nacimiento bajo el agua. Estudio retrospectivo en hospital de baja intervención [tesis doctoral]. Ourense; 2020.
54. Pereda Goikoetxea, B. Análisis de la experiencia de parto en el ámbito hospitalario [tesis doctoral]. Donostia; 2019.
55. Plan de parto y nacimiento. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: 2012. [Citado 2 de abril de 2021]; 82(2). Disponible en:  
<https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
56. Bohren MA, Berger BO, Munthe Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet] 2019 [Citado de de 2021]. Disponible en:  
[https://www.cochrane.org/CD012449/EPOC\\_perceptions-and-experiences-labour-companionship](https://www.cochrane.org/CD012449/EPOC_perceptions-and-experiences-labour-companionship)
57. Eggermont K, Beeckman D, Van Hecke A. Needs of fathers during labour and childbirth: A cross-sectional study. [Internet] 2017 [Citado 11 de abril de 2021]; 30(4): p. 188-197. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187151921630275X>
58. Tavera Lits RY, Aveiga Hidalgo AV, Morabia Gómez Vargas A. Papel de la enfermera como doula en la labor de parto humanizado. Dilemas Contemporáneos. [Internet] 2019 [Citado 14 de abril de 2021]: p. 1-12. Disponible en:  
<https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/1019/148>

59. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet] 2017[Citado 14 de abril de 2021]; p. 1-4. Disponible en: [https://www.cochrane.org/CD003766/PREG\\_continuous-support-women-during-childbirth](https://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-women-during-childbirth)
60. International Confederation of Midwives. Carta de Derechos de las Mujeres y las Matronas. [Citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/cd2008\\_002-v2014-spa-carta-de-derechos-2.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/cd2008_002-v2014-spa-carta-de-derechos-2.pdf)
61. O'Brien D, Butler MM, Casey M. A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. [Internet] 2017 [Citado 23 de abril de 2021]; 46: p. 1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28092814/>
62. Hall PJ, Whitman Foster J, Yount KM, Mowinski Jennings B. Keeping it together and falling apart: Women's dynamic experience of birth. [Internet] 2017 [Citado 26 de abril de 2021]; 46: p. 1-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613817304904>